

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального директора
АО «Страховая группа
АВАНГАРД-ГАРАНТ»
«06» мая 2019 г. № АГ/01-18

П Р А В И Л А
добровольного медицинского страхования

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования (**Приложение №6**) и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

1.3. Субъектами договора страхования выступают:

1.3.1. Страховая организация – АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ» (далее по тексту – «Страховщик»), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.3.2. Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством РФ, заключающие договоры страхования (далее по тексту – «Страхователи»).

1.3.3. Физические лица, в пользу которых заключаются договоры страхования (далее по тексту – «Застрахованные»), при этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

1.3.4. Медицинские учреждения (включая аптеки, являющиеся их структурными подразделениями) – имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

1.4. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются Договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) (**Приложение №8**).

1.5. Договоры страхования заключаются в пользу граждан.

1.6. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

1.7. На страхование не принимаются:

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

- инвалиды I группы или дети - инвалиды;

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

1.8. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

Настоящие Правила страхования являются неотъемлемой частью договора страхования, вручаются страхователю при заключении договора страхования, о чем делается отметка в страховом полисе. Также правила страхования размещены на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу www.avangard-garant.ru.

1.9. Идентификация – совокупность мероприятий, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации и нормативными актами Банка России в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и финансированию распространению оружия массового уничтожения, а также Правилами внутреннего контроля по ПОД/ФТ/ФРОМУ (Страховщика), по установлению определенных указанными документами сведений о клиентах, их представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и подтверждению достоверности этих сведений с использованием оригиналов документов и (или) надлежащим образом заверенных копий и (или) государственных и иных информационных систем.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица (гражданина), связанные с оказанием ему медицинских услуг.

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск оказания Застрахованному лицу медицинских услуг.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является оказание Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении.

3.3. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.3.1. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Амбулаторная помощь»).

3.3.2. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь (программа «Стационарная помощь»).

3.3.3. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (программа «Комплексная медицинская помощь»).

3.3.4. Организации предоставления и оплаты стоматологической помощи (программа «Стоматология»).

3.3.5. Организации предоставления и оплаты скорой (неотложной) медицинской помощи (программа «Скорая (неотложная) медицинская помощь»).

3.4. В программах «Амбулаторная помощь» и «Комплексная медицинская помощь» может предусматриваться возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении (дополнительная программа «Лекарственная помощь»). Оплата лекарственных средств осуществляется по рецепту врача при

наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования. Порядок предоставления и возмещения затрат на лекарственные средства определяется п.п. 10.2 – 10.3 настоящих Правил.

3.5. В программах, перечисленных в п.п. 3.3.1 – 3.3.3, может предусматриваться возмещение расходов на реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем (дополнительная программа «Реабилитационно-восстановительное лечение»).

3.6. Страховщик принимает на себя обязательство обеспечить оказание Застрахованному медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования, а также произвести оплату оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг медицинскому учреждению.

При заключении договора страхования на условиях п. 3.4 Страховщик принимает обязательство обеспечить Застрахованного лекарственными средствами, назначенными врачом при амбулаторном лечении в аптеках медицинских учреждений, указанных в договоре страхования, а также оплатить оказанную лекарственную помощь.

3.7. Не являются страховыми случаи обращения Застрахованного в медицинское учреждение по поводу:

3.7.1. Получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Страхователем (Застрахованным) действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления.

3.7.2. Умышленного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство.

3.7.3. В связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.8. Страховщик освобождается от ответственности, когда страховой случай наступил вследствие:

3.8.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

3.8.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

3.8.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.9. Не является страховым случаем обращение за медицинской помощью в медицинские учреждения, не указанные в договоре страхования, за исключением случаев предварительно согласованных со Страховщиком. При этом оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному, осуществляется по прейскурантам, установленным для медицинских учреждений, указанных в договоре страхования.

3.10. При заключении договора страхования в отношении инвалидов II и III группы не предусматривается лечение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, которую Страховщик обязуется выплатить по договору страхования.

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования (программ добровольного медицинского страхования), действующих на момент заключения договора страхования цен в медицинских учреждениях на медицинские услуги, срока действия договора страхования.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь, по согласованию со Страховщиком, вправе изменить страховую сумму при изменении цен на стоимость медицинских услуг, перечень медицинских услуг (программы добровольного

медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем с соответствующим перерасчетом страховой премии (п.5.7 Правил).

О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг (лекарственной помощи), гарантированных программами добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя за месяц до предполагаемого введения новых цен.

4.4. При заключении договора по нескольким условиям страхования одновременно, Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждому из условий.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

5.2. При заключении конкретного договора медицинского страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой медицинской программе базовые страховые тарифы, определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, а также поправочные коэффициенты (повышающие и понижающие) (**Приложение №1** к настоящим Правилам).

5.3. При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии. При сроке действия договора страхования до 2 месяцев – 30%; 3 месяца – 40%, 4 месяца – 50%, 5 месяцев – 60%, 6 месяцев – 70%, 7 месяцев – 75%, 8 месяцев – 80%, 9 месяцев – 85%, 10 месяцев – 90%, 11 месяцев – 95% от суммы годовой страховой премии.

5.4. При заключении договора страхования по нескольким программам добровольного медицинского страхования страховая премия определяется по каждой из включенных в договор программ добровольного медицинского страхования. Страховая премия определяется путем умножения страхового тарифа на страховую сумму и деления на 100.

Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько программ добровольного медицинского страхования, определяется путем суммирования премий по этим программам.

При необходимости вычисления единой тарифной ставки по договору страхования, включающему несколько программ добровольного медицинского страхования, тариф вычисляется путем деления общей страховой премии на общую страховую сумму и умножения на 100.

5.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным путем.

Порядок уплаты страховой премии и форма проведения расчетов определяется в договоре страхования.

В случае неуплаты единовременно страховой премии в полном объеме договор страхования считается незаключенным.

В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса договор страхования прекращается с момента направления Страховщиком Страхователю письменного уведомления о факте неуплаты очередного страхового взноса и прекращении

договора страхования в адрес, указанный Страхователем при заключении договора страхования. Договор считается прекращенным с момента направления Страховщиком такого уведомления.

5.6. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в установленные договором страхования сроки.

Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается:

- при безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- при оплате наличными средствами – день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) страховой компании.

5.7. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный);

Результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (п.п. «а» настоящего пункта) величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. «б» настоящего пункта).

5.8. В случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Застрахованным перечня медицинских программ, Страховщик вправе, по согласованию с Застрахованным, вернуть ему часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование им медицинскими услугами в рамках исключаемой программы (программ) или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком до одного года или один год.

6.2. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- о программе страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему договор страхования с приложениями.

6.4. При заключении договора страхования Страховщик имеет право провести медицинское обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя.

6.5. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.5.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.5.2. Основанием для заключения договора является письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме (**Приложение №2**).

6.5.3. Страховщик вправе потребовать от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.5.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами (**Приложение №5**), выдачи полиса (**Приложение №6.1**) или страховой карточки в лечебное учреждение (**Приложение №7**) на каждого Застрахованного с указанием названия программы страхования, адреса и телефона медицинского учреждения, срока действия договора, контактного телефона Страховщика. В ряде случаев страховая карточка используется как пропуск в медицинское учреждение.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. Подписанный Страховщиком экземпляр договора направляется Страхователю – юридическому лицу в течение 5-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения о возможности заключения данного договора страхования. К договору прилагается список Застрахованных (**Приложение №5.1**), программа (программы) страхования, являющиеся неотъемлемой его частью.

6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме (**Приложение №3** к настоящим Правилам).

6.6.2. До принятия заявления Страховщик вправе потребовать от Страхователя представления медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного или провести медицинское обследование.

6.6.3. Договор страхования заключается в установленной форме (**Приложение №4** к настоящим Правилам).

Страховой полис (страховая карточка) выдается каждому Застрахованному в течение 5 рабочих дней после вступления договора страхования в силу.

6.7. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

6.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.9. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

- при перечислении денежных средств безналичным порядком – с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса, при уплате страховой премии в рассрочку) на расчетный счет Страховщика;
- при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика – с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена оплата.

Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного сторонами в договоре как дня окончания действия договора страхования.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. Истечения срока его действия – с 24 часов дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия.

7.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме – с момента такового.

7.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

7.1.4. Смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

7.1.5. Соглашения сторон – с даты, определенной соглашением.

7.2. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.3. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

В этом случае уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

7.4. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (гл. 29 ГК РФ).

Договор коллективного страхования между Страховщиком и Страхователем не может быть расторгнут или изменен без согласия Застрахованного лица.

7.5. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

8.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.

8.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;

в) обеспечить надлежащее хранение полиса или страховой карточки в медицинское учреждение, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

8.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

8.2.1. Страхователь имеет право:

а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

б) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п. 8.4 настоящих Правил;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских учреждений для Застрахованных в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь – юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 8.5 настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации.

8.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

- б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;
- в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования;
- е) представить Страховщику необходимые для идентификации документы.

8.3. Права и обязанности Страховщика.

8.3.1. Страховщик имеет право:

- а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- б) изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п. 5.8 настоящих Правил.

8.3.2. Страховщик обязан:

- а) заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг гражданам в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и настоящими Правилами по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими учреждениями;
- б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов или страховых карточек;
- в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;
- г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;
- д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении;
- е) идентифицировать Страхователя (Застрахованных) а порядке, предусмотренном действующим законодательством.

8.4. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом, страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов или страховых карточек, на лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы или страховые карточки на условиях первоначально заключенного договора страхования.

9. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ). СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

9.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховая полис или страховая карточка, выданные Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в аптеку медицинского учреждения по поводу лекарственных средств предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных договором (полисом) страхования прав, Застрахованный обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе или страховой карточке.

9.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения.

Перечисление производится после получения Страховщиком от медицинского учреждения счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

Перечисление денежных средств на счет медицинского учреждения по поводу лекарственных средств осуществляется Страховщиком после получения от медицинского учреждения реестра (счета) на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов. В реестре (счете) указываются номер договора (полиса) страхования, фамилия, имя, отчество Застрахованного, фамилия врача, выписавшего рецепт.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг (лекарственной помощи) их перечню по договору страхования.

9.4. В исключительных случаях (отсутствует в медицинском учреждении, к которому прикреплен Застрахованный, врач соответствующей специальности, необходимое медицинское оборудование или лекарственное средство) Страховщик вправе произвести оплату (компенсацию) произведенных с письменного согласия Страховщика Застрахованным лицом расходов по страховому случаю – на основании письменного заявления Застрахованного с приложением оригиналов документов, подтверждающих факт оказания Застрахованному медицинских услуг, диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных договором страхования), понесённых расходов.

Для оплаты (компенсации) понесённых Застрахованным расходов по страховому случаю, он должен представить Страховщику перечисленные выше документы в течение 30-ти дней со дня оказания медицинской услуги.

9.5. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не указанных в договоре (полисе) страхования, за исключением случаев, когда медицинские услуги получены в

медицинском учреждении, не предусмотренном в договоре страхования, но обращение в которое согласовано и/или организовано Страховщиком.

Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованный получил медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинским учреждением (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

10.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом общей юрисдикции, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

10.3. Досудебное урегулирование споров между Страховщиком и Страхователями (Застрахованными) – физическими лицами, вытекающих их договоров добровольного медицинского страхования, осуществляется в порядке, предусмотренном Законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» №123-ФЗ от 04.06.2018 г.

Все письменные заявления или требования направляются Страхователями (Застрахованными) в адрес регистрации Страховщика, а также по адресу электронной почты Страховщика: insur@avangard.ru